N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

La maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique à l'âge adulte

par Tracie O. Afifi, Harriet L. MacMillan, Michael Boyle, Kristene Cheung, Tamara Taillieu, Sarah Turner, et Jitender Sareen

Date de diffusion : le 16 mars 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

La maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique à l'âge adulte

par Tracie O. Afifi, Harriet L. MacMillan, Michael Boyle, Kristene Cheung, Tamara Taillieu, Sarah Turner et Jitender Sareen

Résumé

Contexte : De nombreuses études ont traité des liens entre la maltraitance à l'égard des enfants et la santé mentale, mais on en sait moins sur les liens entre la maltraitance et la santé physique. L'objectif de l'étude consiste à déterminer si plusieurs types de maltraitance durant l'enfance sont liés à une probabilité plus élevée de résultats négatifs en matière de santé physique parmi un échantillon de Canadiens adultes représentatif de la population nationale.

Données et méthodes : Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, de 2012 (n=23 395). L'échantillon étudié était représentatif de la population canadienne âgée de 18 ans et plus. La maltraitance physique, les agressions sexuelles et l'exposition à la violence conjugale durant l'enfance ont fait l'objet d'une évaluation par rapport à l'état de santé général autoévalué et à 13 problèmes de santé autodéclarés diagnostiqués par un médecin.

Résultats : Tous les types de maltraitance à l'égard des enfants sont associés à la présence d'un problème de santé physique (rapports de cotes = 1,4 à 2,0) et à une cote accrue exprimant le risque d'obésité (rapports de cotes = 1,2 à 1,4). La maltraitance durant l'enfance était associée à des problèmes de santé à l'âge adulte, comme l'arthrite, les maux de dos, l'hypertension, les migraines, la bronchite chronique, l'emphysème et la MPOC, le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, les troubles intestinaux et le syndrome de fatigue chronique, et ce, même lorsqu'on tenait compte des caractéristiques sociodémographiques, de l'usage du tabac et de l'obésité (rapports de cotes = 1,1 à 2,6). Le lien entre la maltraitance des enfants et les maux de dos, les migraines et les troubles intestinaux demeurait significatif après correction additionnelle en fonction des troubles mentaux et autres problèmes de santé physique (rapports de cotes = 1,2 à 1,5). Le sexe était un facteur modérateur significatif du lien entre la maltraitance à l'égard des enfants et les maux de dos, la bronchite chronique, l'emphysème et la MPOC, le cancer et le syndrome de fatigue chronique, les effets étant légèrement plus prononcés chez les femmes que chez les hommes.

Interprétation : La maltraitance subie durant l'enfance était associée à une cote accrue exprimant le risque d'être atteint de 9 des 13 problèmes de santé physique évalués dans la présente étude ainsi qu'à un état de santé général autoévalué moins bon à l'âge adulte. Le fait d'être sensibilisé aux associations entre la maltraitance à l'égard des enfants et les problèmes de santé physique est important dans l'optique de la prestation des soins de santé.

Mots clés : Maltraitance à l'égard des enfants, maladie chronique, état de santé, obésité, usage du tabac.

Il est admis que la maltraitance à l'égard des enfants a des conséquences négatives qui perdurent tout au long de la vie[1,2]. Au Canada, 32 % des personnes faisant partie d'un échantillon d'adultes représentatif de la population nationale ont déclaré avoir été victimes de maltraitance physique ou d'agressions sexuelles ou exposées à la violence conjugale durant leur enfance[3]. Si plusieurs recherches ont fait état d'associations entre les mauvais traitements subis dans l'enfance et les troubles mentaux[4-10], on en sait moins sur les liens entre de tels traitements et la santé physique.

Les études des associations entre la maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique ont tendance à porter sur des échantillons cliniques ou à risque non représentatifs de la population générale, sur un ou deux types de maltraitance et sur un nombre limité de problèmes de santé physique[11-13]. Peu d'études ont abordé les différences entre les sexes quant au rapport entre la maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique, alors qu'aucune étude n'a exploré le lien entre plusieurs types de maltraitance durant l'enfance et de multiples résultats pour la santé physique chez un échantillon représentatif de la population de Canadiens adultes.

La présente analyse cherche à combler nombre de ces lacunes. Elle repose sur un échantillon représentatif de la population canadienne et explore trois types de maltraitance envers les enfants (la maltraitance physique, les agressions sexuelles et l'exposition à la violence conjugale), 13 problèmes de santé physique, et la santé autoévaluée. Afin d'examiner les liens entre des types spécifiques de maltraitance à l'égard des enfants et des problèmes de santé physique particuliers, ainsi que les différences entre les sexes, les modèles sont corrigés de facteurs confusionnels éventuels, y compris les caractéristiques sociodémographiques, l'usage du tabac, l'obésité, les troubles mentaux ainsi que d'autres problèmes de santé physique et d'autres types de maltraitance à l'égard des enfants.

L'étude a comme objectif d'évaluer : 1) la prévalence de la maltraitance durant l'enfance chez les personnes de 18 ans et plus, en fonction de la présence de problèmes de santé physique chroniques; 2) les liens entre différents types de maltraitance à l'égard des enfants et la santé autoévaluée; 3) les liens entre les types et le nombre de types de maltraitance à l'égard des enfants, d'une part, et les problèmes de santé physique, d'autre part; 4) les différences entre les sexes quant aux associations entre la maltraitance durant l'enfance et la santé physique à l'âge adulte. On a émis les hypothèses suivantes, à savoir que la maltraitance envers les enfants est associée à une cote plus élevée exprimant le risque d'être atteint de problèmes de santé physique et d'avoir

Auteurs : Tracie O. Afifi (tracie.afifi@umanitoba.ca), Kristene Cheung, Tamara Taillieu, Sarah Turner, et Jitender Sareen travaillent à l'Université du Manitoba. Harriet L. Macmillan et Michael Boyle travaillent à l'Université McMaster

une moins bonne santé autoévaluée, qu'il existe dans cette association une relation dose-réponse, la cote exprimant le risque d'être atteint de problèmes de santé physique étant d'autant plus élevée que le nombre de types de maltraitance est grand, et que les résultats varient selon le sexe.

Données et méthodes

Échantillon

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC–SM), de 2012. Il s'agit d'une enquête transversale nationale menée par Statistique Canada. Un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés a été utilisé pour obtenir un échantillon représentatif des participants à l'enquête âgés de 15 ans et plus des dix provinces. Moins de 3 % de la population a été exclue de la base de sondage, dont les habitants des réserves indiennes et d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant en établissement[14].

Les taux de réponse des ménages et des particuliers à l'échelle nationale ont été respectivement de 79,8 % et de 68,9 %[14]. La plupart des interviews (87 %) ont été menées en personne au moyen de la méthode de l'interview sur place assistée par ordinateur. En raison de la nature délicate des questions sur la maltraitance à l'égard des enfants, ces questions ont été posées uniquement aux participants à l'enquête âgés de 18 ans et plus (n=23 395). On a d'abord informé les participants des dispositions en matière de confidentialité et de protection des renseignements personnels, ainsi que de la nature non obligatoire de l'ESCC de 2012. Leur consentement était fourni au préalable[15]. Les données ont été produites sous forme anonyme, de sorte qu'on ne puisse identifier les participants. De plus, tous les fichiers ont été vérifiés par Statistique Canada dans le but d'assurer le respect des lignes directrices en matière de confidentialité et de protection des renseignements personnels.

Maltraitance à l'égard des enfants

Dans le cadre de l'ESCC de 2012, on a procédé à une évaluation de la maltraitance physique, des agressions sexuelles et de l'exposition à la violence conjugale au moyen du questionnaire sur les violences subies dans l'enfance (*Childhood Experiences of Violence Questionnaire*, ou CEVQ)[16]. Tous les éléments du questionnaire avaient trait aux événements vécus avant l'âge de 16 ans, et les réponses étaient fondées sur une échelle ordinale. Conformément aux lignes directrices du CEVQ, les réponses ont été dichotomisées, selon qu'il y avait ou non des antécédents de maltraitance durant l'enfance.

On considérait qu'il y avait eu maltraitance physique si une ou plusieurs conditions s'appliquaient parmi les suivantes : 1) la personne avait reçu une gifle à la tête, au visage ou sur les oreilles ou un coup porté au moyen d'un objet dur, et ce, au moins trois fois; 2) la personne avait été poussée, empoignée ou bousculée, ou encore la cible d'un objet lancé avec l'intention de lui faire mal, et ce, au moins trois fois; 3) la personne avait reçu un coup de pied, un coup de poing, une morsure ou une brûlure, ou subi un étranglement ou une attaque, et ce, au moins une fois.

Il y avait eu agression sexuelle si le participant avait vécu l'une des expériences suivantes au moins une fois : 1) on l'avait forcé ou on avait essayé de le forcer à avoir une activité sexuelle non désirée en le menaçant, en l'immobilisant ou en lui faisant mal; 2) on lui avait fait des attouchements sexuels, c'est-à-dire qu'on l'avait touché, empoigné, embrassé ou caressé contre son gré.

Les cas d'exposition à la violence conjugale étaient ceux où le participant avait vu ou entendu des manifestations de violence familiale entre ses parents, ses beaux-parents ou ses tuteurs ou contre une autre personne adulte, et ce, au moins trois fois[16].

Des variables ont été calculées afin de déterminer l'exposition à toute forme de maltraitance (une ou plusieurs) ainsi que le nombre de types de maltraitance subie (de 0 à 3).

Covariables

Les covariables incorporées aux modèles comprenaient le groupe d'âge, le sexe, l'appartenance à une minorité visible (valeur autodéclarée, oui ou non), le lieu de naissance (valeur autodéclarée, Canada ou autre), le niveau de scolarité, le revenu du ménage au cours de la dernière année (par catégories), l'état matrimonial, la situation d'usage du tabac et l'obésité. Les catégories de la situation d'usage du tabac étaient : n'a jamais fumé, ancien fumeur occasionnel, ancien fumeur régulier, fumeur occasionnel, fumeur régulier. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé à partir de la taille et du poids autodéclarés (les femmes enceintes non comprises). Les catégories d'IMC se fondent sur les recommandations de Santé Canada et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ont été modifiées en fonction de la norme canadienne[17]. L'obésité correspond à un IMC de 30 ou plus.

Troubles mentaux

Les diagnostics de troubles majeurs de l'axe I au cours de la vie ont été établis d'après la version de l'OMS de la *Composite International Diagnostic Interview*, elle-même fondée sur les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV)[17,18]. Les troubles pris en compte étaient la dépression, le trouble bipolaire, le trouble d'anxiété généralisée, l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, et l'abus de drogues ou la dépendance aux drogues. D'autres troubles mentaux ont été déterminés à partir d'autodéclarations fournies à la question à savoir si le participant avait un problème de santé à long terme, c'est-à-dire ayant déjà duré ou devant vraisemblablement durer six mois ou plus, diagnostiqué par un professionnel de la santé, parmi les troubles suivants : trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique, trouble panique, phobie, trouble d'apprentissage, trouble déficitaire de l'attention, trouble de l'alimentation. Les troubles et problèmes de santé mentale ont été incorporés dans les modèles corrigés en tant

que covariables afin qu'il soit possible de déterminer s'il existait un lien significatif entre la maltraitance envers les enfants et la santé physique, sans égard aux troubles mentaux.

Santé physique

L'analyse a porté sur l'évaluation de 13 problèmes de santé physique chroniques autodéclarés qui avaient été diagnostiqués par un médecin. On a demandé aux participants s'ils avaient un problème de santé à long terme qui leur avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Un problème à long terme en était un qui avait duré ou qui devait durer six mois ou plus. Les problèmes de santé en question étaient les suivants : l'asthme, l'arthrite (excluant la fibromyalgie), les maux de dos (excluant la fibromyalgie et l'arthrite), l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique/l'emphysème/la maladie pulmonaire obstructive chronique (chez les 35 ans et plus), le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, l'accident vasculaire cérébral, les troubles intestinaux (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, côlon irritable, incontinence intestinale), et le syndrome de fatigue chronique.

Les participants devaient également évaluer leur santé physique, en fonction des catégories excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise.

Analyse statistique

Les analyses ont été pondérées afin que l'échantillon soit représentatif de la population canadienne âgée de 18 ans et plus. Pour tenir compte de la complexité du plan d'enquête, on a appliqué la méthode du *bootstrap* à toutes les analyses aux fins d'estimation de la variance. On a établi la répartition des caractéristiques sociodémographiques et de l'usage du tabac et de l'obésité selon chaque problème de santé physique, puis on a déterminé la prévalence des problèmes de santé physique par type de maltraitance à l'égard des enfants. Des modèles de régression logistique multinomiale ont servi à examiner le rapport entre la maltraitance subie dans l'enfance et l'état de santé général autoévalué, les cotes ayant été corrigées des caractéristiques sociodémographiques (rapport de cotes corrigé (RCC-1)). On a aussi utilisé des modèles de régression logistique pour examiner le lien entre la maltraitance subie durant l'enfance et les problèmes de santé physique à l'âge adulte. Des modèles emboîtés ont d'abord été corrigés des caractéristiques sociodémographiques, de l'usage du tabac et de l'obésité (RCC-1),

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques, usage du tabac et obésité, selon la présence d'un problème de santé physique, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

Caractéristiques sociodémographiques, usage du tabac, obésité	Aucun problème de santé physique	Tout problème de santé physique	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	
	%	%		de	à
Sexe					
Hommes†	54,2	45,0	1,0	...	...
Femmes	45,8	55,0	1,4***	1,3	1,6
Group d'âge (ans)					
18 à 34 ans†	43,0	16,0	1,0	...	...
35 à 49 ans	30,9	23,3	2,0***	1,8	2,3
50 à 64 ans	20,5	32,3	4,2***	3,7	4,8
65 ans et plus	5,6	28,4	13,7***	11,8	15,9
Niveau de scolarité					
Pas de diplôme d'études secondaires†	10,0	18,7	1,0	...	...
Diplôme d'études secondaires	16,7	16,1	0,5***	0,4	0,6
Études postsecondaires partielles	7,7	6,1	0,4***	0,3	0,5
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	37,7	38,7	0,6***	0,5	0,6
Grade universitaire (baccalauréat ou diplôme d'études supérieures)	28,0	20,4	0,4***	0,3	0,5
Revenu du ménage					
29 999 $ ou moins†	12,8	20,5	1,0	...	...
30 000 $ à 49 999 $	16,0	20,3	0,8**	0,7	0,9
50 000 $ à 79 999 $	24,2	25,4	0,7***	0,6	0,8
80 000 $ ou plus	47,0	33,8	0,4***	0,4	0,5
État matrimonial					
Marié/conjoint de fait†	59,7	66,0	1,0	...	...
Jamais marié	31,9	16,3	0,5***	0,4	0,5
Séparé/divorcé/veuf	8,4	17,8	1,9***	1,6	2,2
Appartenance à une minorité visible					
Non†	71,1	82,1	1,0	...	...
Oui	28,9	17,9	0,5***	0,5	0,6
Pays de naissance					
Canada†	70,2	76,0	1,0	...	...
Autre	29,9	24,0	0,7***	0,7	0,8
Situation d'usage du tabac					
Non-fumeur†	43,3	33,8	1,0	...	...
Fumeur occasionnel déjà	17,1	15,3	1,1*	1,0	1,3
Fumeur régulier déjà	17,2	30,1	2,2***	2,0	2,5
Fumeur occasionnel	7,4	4,0	0,7***	0,6	0,9
Fumeur régulier	15,0	17,0	1,4***	1,3	1,6
Obésité					
Indice de masse corporelle inférieur à 30†	86,7	76,1	1,0	...	...
Indice de masse corporelle de 30 ou plus	13,3	23,9	2,0***	1,8	2,3

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,01$)
*** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,001$)
† catégorie de référence
Nota : Les données ayant été arrondies, un intervalle de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 est significatif.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Tableau 2
Prévalence et rapports de cotes établissant le lien entre la maltraitance durant l'enfance et les problèmes de santé physique, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

	Aucun problème de santé physique	Tout problème de santé physique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
	%	%		de	à
Tout type de maltraitance envers les enfants					
Non†	72,5	64,1	1,0	...	...
Oui	27,5	36,0	1,5***	1,3	1,6
Tout type de maltraitance physique					
Non†	77,4	71,0	1,0	...	...
Oui	22,6	29,0	1,4***	1,3	1,6
Gifle au visage, à la tête ou sur les oreilles / coup porté au moyen d'un objet dur					
Non†	80,8	75,2	1,0	...	...
Oui	19,2	24,8	1,4***	1,2	1,6
Poussé, empoigné, bousculé, cible d'un objet lancé					
Non†	92,0	87,4	1,0	...	...
Oui	8,0	12,6	1,7***	1,4	1,9
Coup de pied, coup de poing, morsure, brûlure, étranglement, attaque					
Non†	93,0	87,8	1,0	...	...
Oui	7,0	12,2	1,8***	1,6	2,1
Agressions sexuelles					
Non†	93,1	87,2	1,0	...	...
Oui	7,0	12,8	2,0***	1,7	2,3
Exposition à la violence conjugale					
Non†	93,9	90,6	1,0	...	...
Oui	6,1	9,4	1,6***	1,3	1,9

... n'ayant pas lieu de figurer
*** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,001$)
† catégorie de référence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

puis des troubles mentaux, d'autres problèmes de santé physique et d'autres types de maltraitance envers les enfants (RCC-2). Enfin, on a examiné les différences selon le sexe dans les associations entre la maltraitance durant l'enfance et la santé physique à l'âge adulte, à l'aide de paramètres d'interaction, en apportant une correction pour tenir compte des caractéristiques sociodémographiques. On a constaté une absence de multicolinéarité entre les covariables dans tous les modèles.

Résultats

Un certain nombre de facteurs sociodémographiques et du mode de vie étaient associés à la présence d'un problème de santé physique, dont la prévalence était plus marquée chez les femmes que chez les hommes et augmentait avec l'âge (tableau 1). Un niveau de scolarité et un revenu du ménage plus élevés étaient associés à une prévalence plus faible. Par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé, les fumeurs occasionnels et les personnes fumant ou ayant déjà fumé tous les jours affichaient une cote plus élevée exprimant le risque d'avoir un problème de santé physique (rapports de cotes : 1,1 à 2,2). Il y avait aussi un lien entre l'obésité et le fait d'être atteint d'un problème de santé physique.

Tous les types de maltraitance à l'égard des enfants étaient associés à une probabilité accrue d'avoir un problème de santé physique, les cotes allant de 1,4 dans le cas d'une gifle au visage, à la tête ou sur les oreilles ou d'une fessée ou d'un coup porté au moyen d'un objet dur, à 2,0 dans le cas d'agressions sexuelles (tableau 2).

Lorsque les caractéristiques sociodémographiques étaient prises en compte, la maltraitance physique (RCC = 1,2; IC à 95 % = 1,1 à 1,4), les agressions sexuelles (RCC = 1,4; IC à 95 % = 1,1 à 1,6) et l'exposition à la violence conjugale (RCC = 1,3; IC à 95 % = 1,1 à 1,6) durant l'enfance étaient associées à une cote plus élevée exprimant le risque d'obésité à l'âge adulte (données non présentées).

De surcroît, les personnes ayant subi des mauvais traitements dans l'enfance étaient plus susceptibles que les autres de déclarer une santé moins qu'excellente (très bonne, bonne, passable et mauvaise) (tableau 3).

Une fois les données corrigées des caractéristiques sociodémographiques, de l'usage du tabac et de l'obésité, tout type de maltraitance à l'égard des enfants était associé à une cote accrue exprimant le risque de souffrir d'arthrite, de maux de dos, d'hypertension, de migraines, de bronchite chronique/emphysème/MPOC, d'un cancer, d'un accident vasculaire cérébral, de troubles intestinaux et du syndrome de fatigue chronique (RCC-1) (tableau 4). On observait un lien entre chaque type de maltraitance et six problèmes de santé, à savoir l'arthrite, les maux de dos, la migraine, le cancer, les troubles intestinaux et le syndrome de fatigue chronique. En outre, la maltraitance physique était associée à l'hypertension et à l'accident vasculaire cérébral; les agressions sexuelles étaient associées à la bronchite chronique/l'emphysème/la MPOC et au diabète; et l'exposition à la violence conjugale était associée à la bronchite chronique/l'emphysème/la MPOC. Même après avoir fait d'autres corrections pour tenir compte des troubles mentaux, d'autres problèmes de santé physique et d'autres types de maltraitance à l'égard des enfants, on observait toujours un rapport significatif entre la maltraitance physique et les maux de dos, la migraine et l'accident vasculaire cérébral, et entre l'exposition à la violence conjugale et la migraine (RCC-2).

Tableau 3
Prévalence et rapports de cotes corrigés (RCC) établissant le lien entre la santé autodéclarée et la maltraitance durant l'enfance, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

		Maltraitance physique					
Santé autoévaluée	Tout type de maltraitance envers les enfants	Tout type de maltraitance physique	Gifle au visage, à la tête ou sur les oreilles / coup porté au moyen d'un objet dur	Poussé, empoigné, bousculé, cible d'un objet lancé	Coup de pied, coup de poing, morsure, brûlure, étranglement, attaque	Agressions sexuelles	Exposition à la violence conjugale
Excellente†							
% (erreur type)	18,3 (0,8)	19,4 (0,7)	18,5 (1,0)	13,3 (1,0)	14,3 (1,2)	16,1 (1,1)	14,6 (1,3)
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Très bonne							
% (erreur type)	36,9 (0,9)	37,9 (0,8)	37,5 (1,2)	35,5 (1,8)	33.0 (1,8)	35,2 (1,5)	34,2 (2,0)
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,3*** (1,1, 1.4)	1,2** (1,1, 1,4)	1,3** (1,1, 1,5)	1,6*** (1,3, 2,0)	1,3* (1,1, 1,7)	1,3* (1,0, 1,6)	1,3* (1,0, 1,7)
Bonne							
% (erreur type)	31,0 (1,0)	31,0 (0,8)	31,1 (1,2)	33,2 (1,5)	31,7 (1,6)	31,5 (1,5)	34,0 (2,0)
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,5*** (1,3, 1,7)	1.5*** (1.3, 1.7)	1,5*** (1,3, 1,7)	2,0*** (1,6, 2,4)	1,7*** (1,3, 2,1)	1,5*** (1,2, 1,8)	1,8*** (1,4, 2,2)
Passable							
% (erreur type)	10,5 (0,6)	9,1 (0,4)	10,0 (0,7)	13,3 (1,1)	15,8 (1,3)	12,6 (1,0)	12,7 (1,3)
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	2,2*** (1,8, 2,7)	2,2*** (1,8, 2,7)	2,0*** (1,6, 2,5)	3,2*** (2,4, 4,2)	3,4*** (2,5, 4.5)	2,2*** (1,8, 2,9)	2,5*** (1,8, 3,4)
Mauvaise							
% (erreur type)	3,3 (0,3)	2,7 (0,2)	2,9 (0,3)	4,7 (0,6)	5,3 (0,7)	4,7 (0,6)	4,5 (0,6)
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	2,9*** (2,2, 3,7)	2,9*** (2,2, 3,8)	2,3*** (1,7, 3,1)	4,4*** (3,2, 6,3)	4,4*** (3,1, 6,2)	3,1*** (2,3, 4,3)	3,4*** (2,4, 4,9)

... n'ayant pas lieu de figurer
** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p \leq 0,01$)
*** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p \leq 0,001$)
† catégorie de référence
RCC-1 = rapports de cotes corrigés de l'âge, du sexe, de l'appartenance à une minorité visible, du pays de naissance, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de l'état matrimonial
Nota : Les données ayant été arrondies, les intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Une tendance générale est ressortie de l'étude : à mesure que le nombre de types de maltraitances subies dans l'enfance augmentait, dans le cas de la plupart des problèmes de santé physique, la cote exprimant le risque de souffrir du problème augmentait elle aussi (tableau 5).

L'examen des effets d'interaction entre le sexe et toute forme de maltraitance envers les enfants a permis d'observer des effets significatifs dans le cas des maux de dos (RCC du paramètre d'interaction = 1,2; IC à 95 % = 1,0 à 1,5), de la bronchite chronique/l'emphysème/la MPOC (RCC du paramètre d'interaction = 2,0; IC à 95 % = 1,3 à 3,0), du cancer (RCC du paramètre d'interaction = 1,8; IC à 95 % = 1,3 à 2,4) et du syndrome de fatigue chronique (RCC du paramètre d'interaction = 2,3; IC à 95 % = 1,1 à 2,5). Dans chaque cas, les effets étaient quelque peu plus marqués pour les femmes que pour les hommes.

Discussion

Les résultats de la présente étude viennent étayer les hypothèses émises, du fait que : la maltraitance à l'égard des enfants était associée à une cote accrue d'avoir un problème de santé physique et une mauvaise santé autoévaluée; pour certains problèmes de santé, on a observé une courbe dose-réponse, la cote exprimant le risque d'être atteint du problème augmentant parallèlement avec le nombre de types de maltraitance; des différences se sont dégagées entre les femmes et les hommes dans les liens entre la maltraitance dans l'enfance et les maux de dos, la bronchite chronique/l'emphysème/la MPOC, le cancer, et le syndrome de fatigue chronique, les effets étant un peu plus prononcés chez les femmes. Dans l'ensemble, les liens entre la maltraitance subie durant l'enfance et les problèmes de santé physique étaient non spécifiques; en d'autres mots, on ne distinguait pas d'association nette entre un type donné de maltraitance envers les enfants et des problèmes de santé physique particuliers.

Même après la prise en compte des caractéristiques démographiques, de l'obésité et de l'usage du tabac, chaque type de maltraitance à l'égard des enfants était associé à plusieurs problèmes de santé physique. D'autres corrections pour tenir compte de l'effet de troubles de santé mentale et d'autres problèmes de santé physique et types de maltraitance

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés (RCC) établissant le lien entre certains problèmes de santé physique et la maltraitance durant l'enfance, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

		Maltraitance physique					
Problème de santé physique	Tout type de maltraitance envers les enfants	Tout type de maltraitance physique	Gifle au visage, à la tête ou sur les oreilles / coup porté au moyen d'un objet dur	Poussé, empoigné, bousculé, cible d'un objet lancé	Coup de pied, coup de poing, morsure, brûlure, étranglement, attaque	Agressions sexuelles	Exposition à la violence conjugale
Asthme							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,1 (0,89, 1,3)	1,1 (0,9, 1,3)	1,1 (0,9, 1,3)	1,4* (1,1, 1,8)	1,1 (0,9, 1,4)	1,2 (0,9, 1,5)	1,2 (0,9, 1,6)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	0,9 (0,7, 1,0)	0,9 (0,8, 1,1)	0,9 (0,7, 1,2)	1,4 (0,9, 2,0)	0,8 (0,6, 1,1)	0,9 (0,7, 1,2)	0,9 (0,6, 1,2)
Arthrite							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,4*** (1,3, 1,6)	1,4*** (1,3, 1,6)	1,4*** (1,2, 1,6)	2,0*** (1,6, 2,5)	1,8*** (1,4, 2,3)	1,4*** (1,2, 1,6)	1,8*** (1,4, 2,3)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,1 (1,0, 1,3)	1,1 (0,9, 1,2)	0,9 (0,7, 1,0)	1,4** (1,1, 1,8)	1,1 (0,9, 1,5)	1,0 (0,8, 1,2)	1,1 (0,9, 1,5)
Maux de dos							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,6*** (1,4, 1,7)	1,6*** (1,4, 1,8)	1,6*** (1,4, 1,8)	1,7*** (1,5, 2,0)	1,8*** (1,5, 2,1)	1,5*** (1,3, 1,7)	1,7*** (1,4, 2,0)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,2** (1,1, 1,4)	1,2* (1,0, 1,4)	1,2* (1,0, 1,5)	1,0 (0,8, 1,2)	1,1 (0,9, 1,4)	1,0 (0,9, 1,2)	1,0 (0,8, 1,3)
Hypertension							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,1* (1,0, 1,3)	1,2** (1,1, 1,4)	1,2* (1,0, 1,4)	1,2* (1,0, 1,4)	1,3** (1,1, 1,6)	1,0 (0,9, 1,2)	1,0 (0,8, 1,2)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0 (0,9, 1,1)	1,1 (0,96, 1,3)	1,1 (0,9, 1,3)	1,0 (0,8, 1,3)	1,2 (0,96, 1,5)	0,9 (0,7, 1,0)	0,9 (0,7, 1,1)
Migraine							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,9*** (1,6, 2,2)	2,0*** (1,6, 2,3)	1,9*** (1,6, 2,3)	2,3*** (1,9, 2,9)	2,4*** (1,9, 3,0)	1,7*** (1,4, 2,1)	2,3** (1,8, 3,0)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,5***(1,2, 1,8)	1,4*** (1,1, 1,7)	1,3 (0,99, 1,6)	1,2 (0,9, 1,6)	1,2 (0,9, 1,5)	1,0 (0,8, 1,3)	1,4* (1,0, 1,8)
Bronchite chronique/ emphysème/MPOC							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,3* (1,1, 1,7)	1,3 (0,98, 1,6)	1,3 (0,98, 1,6)	1,4* (1,0, 1,8)	1,5** (1,2, 2,0)	1,5*** (1,2, 2,0)	2,0*** (1,4, 2,7)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,1 (0,8, 1,4)	0,8 (0,6, 1,1)	0,9 (0,7, 1,3)	0,8 (0,5, 1,2)	1,1 (0,8, 1,6)	1,2 (0,9, 1,6)	1,6 (0,99, 2,5)
Diabète							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,2 (0,998, 1,5)	1,1 (0,9, 1,4)	1,1 (0,9, 1,4)	1,1 (0,8, 1,3)	1,2 (0,98, 1,6)	1,4* (1,1, 1,9)	1,1 (0,8, 1,6)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,1 (0,9, 1,3)	1,0 (0,8, 1,2)	1,0 (0,8, 1,3)	0,8 (0,6, 1,2)	1,2 (0,9, 1,6)	1,3 (0,9, 1,8)	0,9 (0,6, 1,4)
Épilepsie							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	0,9 (0,5, 1,6)	1,1 (0,7, 2,0)	1,1 (0,6, 2,0)	0,8 (0,4, 1,7)	0,9 (0,5, 1,8)	1,0 (0,5, 2,0)	1,2 (0,6, 2,6)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	0,7 (0,4, 1,5)	1,0 (0,5, 2,1)	1,2 (0,4, 3,4)	0,6 (0,2, 1,7)	0,7 (0,3, 1,5)	0,8 (0,4, 1,5)	1,1 (0,5, 2,2)
Maladies du cœur							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,2 (0,97, 1,4)	1,2 (0,99, 1,5)	1,2 (0,9, 1,5)	1,2 (0,9, 1,6)	1,2 (0,96, 1,6)	1,3 (0,99, 1,7)	1,2 (0,8, 1,7)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0 (0,8, 1,2)	1,0 (0,8, 1,2)	0,9 (0,7, 1,2)	1,0 (0,7, 1,5)	1,0 (0,7, 1,5)	1,0 (0,8, 1,4)	0,9 (0,6, 1,3)
Cancer							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,3** (1,1, 1,5)	1,3** (1,1, 1,6)	1,4** (1,1, 1,7)	1,5*** (1,2, 1,9)	1,5** (1,1, 1,9)	1,3** (1,1, 1,6)	1,7*** (1,3, 2,2)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,1 (0,96, 1,4)	1,1 (0,9, 1,4)	1,1 (0,9, 1,4)	1,0 (0,7, 1,4)	1,1 (0,8, 1,5)	1,1 (0,9, 1,3)	1,3 (0,97, 1,7)
Accident vasculaire cérébral							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,4* (1,0, 2,0)	1,7** (1,2, 2,4)	1,3 (0,9, 1,9)	1,5 (0,9, 2,5)	2,1** (1,3, 3,3)	1,4 (0,9, 2,1)	1,7 (0,98, 2,9)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,2 (0,8, 1,6)	1,5* (1,0, 2,2)	1,0 (0,6, 1,6)	0,9 (0,4, 2,0)	1,7 (0,9, 3,3)	0,8 (0,5, 1,4)	1,0 (0,5, 2,1)
Troubles intestinaux							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,8*** (1,5, 2,2)	1,9*** (1,5, 2,3)	1,8*** (1,5, 2,3)	2,4*** (1,9, 3,1)	2,8*** (2,2, 3,7)	2,1*** (1,6, 2,6)	2,2*** (1,6, 2,9)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,3** (1,1, 1,6)	1,2 (0,97, 1,5)	1,1 (0,8, 1,4)	1,0 (0,7, 1,5)	1,7** (1,2, 2,3)	1,2 (0,9, 1,6)	1,1 (0,8, 1,5)
Syndrome de fatigue chronique							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	2,6*** (1,7, 3,9)	2,8*** (1,8, 4,4)	2,5*** (1,5, 3,9)	3,2*** (1,8, 5,7)	3,0*** (1,8, 5,2)	3,0*** (1,9, 4,8)	2,6*** (1,5, 4,6)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,3 (0,8, 2,1)	1,4 (0,8, 2,3)	1,1 (0,6, 1,9)	1,3 (0,6, 3,0)	1,0 (0,5, 1,9)	1,4 (0,8, 2,4)	0,9 (0,5, 1,8)
Tout problème de santé physique							
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,4*** (1,3, 1,6)	1,5*** (1,3, 1,7)	1,5*** (1,3, 1,7)	1,7*** (1,4, 2,0)	1,9*** (1,6, 2,3)	1,4*** (1,2, 1,7)	1,5*** (1,2, 1,9)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,2*** (1,1, 1,4)	1,3** (1,1, 1,4)	1,1 (0,97, 1,3)	1,1 (0,9, 1,4)	1,4** (1,1, 1,7)	1,1 (0,9, 1,3)	1,0 (0,8, 1,3)

* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p \leq 0,01$)
*** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p \leq 0,001$)
RCC-1 = rapports de cotes corrigés en fonction des variables sociodémographiques (âge, sexe, appartenance à une minorité visible, pays de naissance, niveau de scolarité, revenu du ménage et état matrimonial), de l'usage du tabac et de l'obésité
RCC-2 (tout type de maltraitance envers les enfants) = rapports de cotes corrigés en fonction des variables sociodémographiques, de l'usage du tabac, de l'obésité, de tout trouble mental d'après la *Composite International Diagnostic Interview*, de tout trouble mental autodéclaré et de tout autre problème de santé physique
RCC-2 (tout type de maltraitance physique) = rapports de cotes corrigés en fonction des variables sociodémographiques, de l'usage du tabac, de l'obésité, de tout trouble mental d'après la *Composite International Diagnostic Interview*, de tout trouble mental autodéclaré, de tout autre problème de santé physique, des agressions sexuelles et de l'exposition à la violence conjugale
RCC-2 (tout problème de santé physique) = rapports de cotes corrigés des variables sociodémographiques, de l'usage du tabac, de l'obésité, de tout trouble mental d'après la *Composite International Diagnostic Interview*, de tout trouble mental autodéclaré et d'autres types de maltraitance envers les enfants
Nota : La catégorie de référence ne subit pas un type particulier de maltraitance. Leur IMC n'ayant pas été calculé, les femmes enceintes sont exclues des modèles.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Tableau 5
Rapports de cotes corrigés (RCC) établissant le lien entre certains problèmes de santé physique et le nombre de types de maltraitances durant l'enfance, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

	Nombre de types de maltraitances envers les enfants			
Problème de santé physique	**Aucun[†]**	**Un**	**Deux**	**Trois**
Asthme				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,0 (0,8, 1,2)	1,2 (0,9, 1,6)	1,4 (0,8, 2,4)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	0,9 (0,7, 1,1)	0,9 (0,6, 1,2)	0,9 (0,5, 1,5)
Arthrite				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,2[**a] (1,1, 1,4)	1,7[***b] (1,4, 2,2)	2,2[***b] (1,6, 3,1)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,1 (0,9, 1,2)	1,2 (0,9, 1,6)	1,4* (1,0, 2,0)
Maux de dos				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,4[***a] (1,2, 1,6)	2,0[***b] (1,7, 2,4)	1,9[***b] (1,4, 2,5)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,2* (1,0, 1,4)	1,5*** (1,2, 1,8)	1,0 (0,7, 1,4)
Hypertension				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,1 (0,98, 1,3)	1,1 (0,9, 1,3)	1,3 (0,9, 1,7)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,0 (0,9, 1,2)	0,9 (0,7, 1,1)	1,0 (0,7, 1,4)
Migraine				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,5[***a] (1,2, 1,7)	2,6[***b] (1,9, 3,4)	3,3[***b] (2,3, 4,9)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,3[**a] (1,0, 1,5)	1,9[***b] (1,4, 2,6)	2,0[***b] (1,3, 3,0)
Bronchite chronique/ emphysème/MPOC				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,0[a] (0,8, 1,3)	2,0[***b] (1,4, 2,7)	2,0[**b] (1,3, 3,0)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	0,9[a] (0,7, 1,2)	1,4[b] (0,97, 2,1)	1,2[ab] (0,7, 1,9)
Diabète				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,1 (0,9, 1,4)	1,3 (0,98, 1,8)	1,4 (0,8, 2,4)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,1 (0,9, 1,4)	1,1 (0,8, 1,6)	1,1 (0,6, 2,0)
Épilepsie				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	0,8 (0,4, 1,7)	0,6 (0,2, 2,4)	1,9 (0,8, 4,5)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	0,8 (0,3, 1,8)	0,5 (0,1, 2,0)	1,1 (0,4, 3,5)
Maladies du cœur				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,1 (0,9, 1,3)	1,3 (0,97, 1,9)	1,7 (0,9, 3,4)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	0,9 (0,7, 1,2)	1,0 (0,7, 1,4)	1,2 (0,5, 2,5)
Cancer				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,1[a] (0,9, 1,3)	1,7[***b] (1,3, 2,2)	2,1[***b] (1,4, 3,3)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,0[a] (0,8, 1,2)	1,5[**b] (1,1, 1,9)	1,0[ab] (0,96, 2,5)
Accident vasculaire cérébral				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,2 (0,8, 1,8)	2,0* (1,2, 3,5)	2,4* (1,2, 4,8)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,0 (0,7, 1,5)	1,6 (0,8, 3,0)	1,2 (0,5, 2,8)
Troubles intestinaux				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,4[***a] (1,2, 1,8)	2,0[***b] (1,5, 2,7)	4,6[***c] (2,9, 7,2)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,2[a] (0,96, 1,5)	1,3[a] (0,97, 1,9)	2,4[***b] (1,5, 3,9)
Syndrome de fatigue chronique				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,6[*a] (1,1, 2,6)	3,6[***b] (2,0, 6,5)	6,3[***b] (2,7, 14,9)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,0 (0,6, 1,7)	1,6 (0,8, 3,3)	1,8 (0,7, 4,5)
Tout problème de santé physique				
RCC-1 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,3[***a] (1,1, 1,5)	1,8[***b] (1,4, 2,2)	2,2[***b] (1,4, 3,3)
RCC-2 (intervalle de confiance à 95 %)	1,0	1,1[*a] (1,0, 1,3)	1,5[***b] (1,2, 1,9)	1,5[ab] (0,9, 2,4)

* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p \leq 0,01$)
*** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p \leq 0,001$)
† catégorie de référence
RCC-1 = rapports de cotes corrigés des variables sociodémographiques (âge, sexe, appartenance à une minorité visible, pays de naissance, niveau de scolarité, revenu du ménage et état matrimonial), de l'usage du tabac et de l'obésité
RCC-2 = rapports de cotes corrigés des variables sociodémographiques, de l'usage du tabac, de l'obésité, de tout trouble mental d'après la *Composite International Diagnostic Interview*, de tout trouble mental autodéclaré et de tout autre problème de santé physique
Nota : Les RCC dont les indices supérieurs ne sont pas les mêmes diffèrent de façon significative ($p < 0,05$). Leur IMC n'ayant pas été calculé, les femmes enceintes sont exclues des modèles. Les données ayant été arrondies, les intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

envers les enfants ont produit des relations uniques entre la maltraitance physique, d'une part, et les maux de dos et l'accident vasculaire cérébral, d'autre part; on n'a observé aucune autre association unique entre un type de maltraitance et des problèmes de santé physique spécifiques. La maltraitance physique et l'exposition à la violence conjugale étaient toutes deux associées à la migraine après prise en compte de l'effet des caractéristiques sociodémographiques, de l'obésité, de l'usage du tabac, des troubles mentaux, d'autres problèmes de santé physique et d'autres types de maltraitance envers les enfants.

Les conclusions de la présente étude concordent en général avec les ouvrages publiés. Les résultats d'enquêtes, dont la plupart ont été menées aux États-Unis, révèlent des associations entre la maltraitance dans l'enfance et la santé physique chez l'adulte, y compris une moins bonne qualité de vie liée à la santé, de la douleur, une santé autoévaluée mauvaise ou passable, ainsi que de fréquentes visites aux services d'urgence[11-13,19-32]. Par exemple, selon une étude fondée sur des données recueillies aux États-Unis en 2004 et en 2005 dans le cadre de la *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*, les personnes ayant été empoignées, poussées, frappées et giflées durant l'enfance affichaient une cote accrue exprimant le risque de développer une maladie cardiovasculaire, ou d'être atteintes d'arthrite ou d'obésité à l'âge adulte. Les formes plus graves de maltraitance à l'égard des enfants (violences physiques graves, violences sexuelles, exposition à la violence conjugale, négligence) présentaient un lien avec chacun des sept problèmes de santé physique visés par l'étude : artériosclérose ou hypertension, hépatite, diabète, autres maladies cardiovasculaires, maladie gastrointestinale, arthrite et obésité[33]. De plus, la prévalence de l'obésité et de quelconque autre problème de santé physique était plus élevée chez les femmes ayant été victimes de maltraitance durant l'enfance ainsi que chez les hommes ayant subi des punitions corporelles sévères[33].

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Près du tiers des membres d'un échantillon de Canadiens adultes représentatif de la population nationale ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles ou avoir été exposés à la violence conjugale durant leur enfance.
- Les ouvrages publiés portant sur les associations entre la maltraitance subie dans l'enfance et la santé mentale abondent, mais on en sait moins sur les liens présentés avec la santé physique.
- La plupart des études faisant état de liens entre la maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique à l'âge adulte sont fondées sur des enquêtes menées aux États-Unis.

Ce qu'apporte l'étude

- À partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, de 2012, on a examiné la maltraitance physique, les agressions sexuelles et l'exposition à la violence conjugale durant l'enfance par rapport à la santé générale autoévaluée et à 13 problèmes de santé chroniques déclarés par les participants comme ayant été diagnostiqués par un médecin, chez les personnes de 18 ans et plus.
- La maltraitance subie durant l'enfance était associée à une cote accrue exprimant le risque d'être atteint de 9 des 13 problèmes de santé physique examinés, ainsi qu'à une moins bonne santé générale autoévaluée à l'âge adulte.
- Les effets observés étaient légèrement plus marqués chez les femmes que chez les hommes.

Cela étant dit, même si en général les résultats de l'ESCC–SM sont cohérents avec ceux d'autres travaux de recherche, quelques exceptions ressortent. Par exemple, on n'a constaté aucun lien entre la maltraitance à l'égard des enfants et l'asthme, comme dans des travaux de recherche antérieurs[31,34,35]. Cela peut tenir en partie à des différences d'échantillonnage (échantillons dans la population par rapport à cliniques), de mesure (asthme autodéclaré par rapport à diagnostiqué par un médecin) et de plan d'étude (transversal plutôt que prospectif). Selon un examen systématique mené récemment, les données probantes qui appuient l'existence d'un lien entre l'adversité dans l'enfance et l'apparition de l'asthme demeurent incohérentes[36].

Le lien entre la maltraitance à l'égard des enfants et une mauvaise santé physique s'explique de plusieurs façons. Premièrement, les nourrissons qui sont victimes de maltraitance présentent une forte réactivité hormonale au stress[37,38]. Ainsi, le lien entre la maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique peut refléter une réaction physiologique à la violence. Il se peut que le fait d'être exposé à la maltraitance agisse sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et entraîne une sursécrétion de cortisol, provoquant ainsi des réactions physiologiques, comme une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle[25,39-42]. D'ailleurs, une revue de la littérature que venaient étayer des données de neuroimagerie et de spectroscopie neurochimique et protonique a conclu à des changements cérébraux aigus, subaigus et chroniques chez les personnes exposées à la maltraitance et à la violence, en particulier au niveau de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien[43]. La maltraitance à l'égard des enfants peut aussi se répercuter sur les caractéristiques du sommeil[44], ce qui peut contribuer à empirer des symptômes physiques[25]. La maltraitance et la négligence dans l'enfance sont par ailleurs associées à des altérations du système immunitaire, les marqueurs de l'inflammation systémique s'avérant plus courants chez les enfants et les adultes victimes de mauvais traitements[25,40,45-47]. Il se peut également que la maltraitance envers les enfants soit indirectement liée aux problèmes de santé physique, et qu'elle passe par les troubles mentaux ou les comorbidités physiques. Les personnes victimes de mauvais traitements dans l'enfance peuvent avoir développé des réactions émotionnelles, cognitives ou comportementales, comme la toxicomanie et l'hyperphagie, qui aboutissent peut-être par une autre voie à des problèmes de santé[25,40,45,46]. Dans la présente étude, les modèles RCC-2 qui cessent d'être significatifs une fois pris en compte les effets des troubles de santé mentale et d'autres problèmes de santé physique et types de maltraitance à l'égard des enfants témoignent peut-être de ces voies indirectes.

Points forts et limites

Les points forts de la présente étude comprennent l'utilisation de données récentes tirées d'un échantillon représentatif de la population canadienne, l'examen de trois types de maltraitance à l'égard des enfants, de 13 problèmes de santé physique et de la santé autoévaluée, ainsi que la prise en compte des caractéristiques sociodémographiques, de l'obésité, de l'usage du tabac, des troubles mentaux, d'autres problèmes de santé physique et d'autres types de maltraitance à l'égard des enfants.

Les résultats de l'étude doivent toutefois être interprétés en tenant compte de plusieurs limites. L'utilisation d'un plan transversal ne permet pas d'établir des inférences causales dans les liens entre la maltraitance envers les enfants et les problèmes de santé physique. De plus, les comptes rendus fondés sur des souvenirs des mauvais traitements subis durant l'enfance sont sujets à un biais de remémoration ou de déclaration. Si les données probantes appuient la validité du rappel d'expériences négatives vécues durant l'enfance[48-50], des contraintes d'ordre éthique et pratique rendent la collecte à posteriori de renseignements de ce genre difficile à réaliser auprès d'un échantillon prélevé dans la population générale. En outre, l'ESCC–SM ne couvrait pas la maltraitance psychologique et la négligence envers les enfants. Par ailleurs, la maltraitance dans l'enfance est associée à une probabilité accrue de violence dans ses relations avec d'autres adultes[51] et pourrait mener à des problèmes de santé chez l'adulte; or, l'enquête n'a pas tenu compte de la

violence conjugale. Ajoutons que les problèmes de santé physique reposaient sur des autodéclarations et n'ont pas été vérifiés par une source indépendante. Cela étant dit, on reconnaît le degré élevé de concordance entre les problèmes de santé autodéclarés et diagnostiqués par un médecin[52]. L'IMC a été calculé d'après les taille et poids autodéclarés, ce qui a tendance à donner lieu à des erreurs de mesure. Enfin, dans l'étude, les données ont été corrigées en fonction des caractéristiques sociodémographiques actuelles plutôt qu'en fonction de celles d'avant l'âge de 16 ans.

Mot de la fin

Les résultats de la présente étude mettent en évidence le lien entre trois types importants de maltraitance à l'égard des enfants, d'une part, et certains problèmes de santé physique et la santé générale autoévaluée à l'âge adulte, d'autre part. Compte tenu du manque relatif d'information sur le rapport entre la maltraitance envers les enfants et la santé physique, comparativement à la santé mentale, les connaissances des médecins sur le rôle de la maltraitance subie durant l'enfance par rapport aux problèmes de santé physique sont peut-être limitées. Une plus grande conscientisation à ce sujet s'impose, car l'exposition à des mauvais traitements durant l'enfance peut avoir une incidence sur le traitement des maladies physiques. Sur le plan de la santé publique, on reconnaît de plus en plus que la prévention de la maltraitance à l'égard des enfants a des répercussions importantes sur la réduction des problèmes de santé mentale; or, il se pourrait aussi que la réduction de la maltraitance à l'égard des enfants se traduise par une amélioration des résultats en matière de santé physique.

Remerciements

La présente analyse a été appuyée par une subvention de fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada (Afifi, MacMillan, Boyle et Sareen), une bourse de nouveau chercheur des IRSC (Afifi), une subvention d'établissement du Conseil manitobain de la recherche en matière de santé (Afifi) et une chaire de recherche du Manitoba accordée par le Conseil manitobain de la recherche en matière de santé (Sareen). Harriet L. MacMillan est titulaire de la Chaire de pédopsychiatrie Chedoke Health. Michael Boyle est titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les déterminants sociaux de la santé des enfants.

Références

1. R. Gilbert, C.S. Widom, K. Browne *et al.*, « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries », *Lancet*, 373(9657), 2009, p. 68-81.
2. J. Noll et C. Shenk, « Introduction to the Special Issue: The physical health consequences of childhood maltreatment—Implications for public health », *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 2010, p. 447-449.
3. T.O. Afifi, H. MacMillan, M. Boyle *et al.*, « Child abuse and mental disorders in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), 2014, p. E324-332.
4. T.O. Afifi, M. Cox, B. Asmundson *et al.*, « Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences », *American Journal of Public Health*, 98(5), 2008, p. 946-952.
5. T.O. Afifi, D.A. Brownridge, B.J. Cox et J. Sareen, « Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders », *Child Abuse and Neglect*, 30(10), 2006, p. 1093-1103.
6. T.O. Afifi, N.P. Mota, P. Dasiewicz *et al.*, « Physical punishment and mental disorders: Results from a nationally representative US sample », *Pediatrics*, 130(2), 2012, p. 184-192.
7. D.M. Fergusson, J.M. Boden et L.J. Horwood, « Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood », *Child Abuse and Neglect*, 32(6), 2008, p. 607-619.
8. R.C. Kessler, K.A. McLaughlin, J.G. Green *et al.*, « Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys », *British Journal of Psychiatry*, 197, 2010, p. 378-385.
9. H. MacMillan, J. Fleming, D. Streiner *et al.*, « Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample », *American Journal of* Psychiatry, 158, 2001, p. 1878-1883.
10. B.E. Molnar, S.L. Buka et R.C. Kessler, « Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey », *American Journal of Public Health*, 91(5), 2001, p. 753-760.
11. E. Fuller-Thomson, M. Stefanyk et S. Brennenstuhl, « The robust association between childhood physical abuse and osteoarthritis in adulthood: Findings from a representative community sample », *Arthritis and Rheumatology*, 61(11), 2009, p. 1554-1562.
12. E. Fuller-Thomson et S. Brennenstuhl, « Making a link between childhood physical abuse and cancer: Results from a regional representative survey », *Cancer*, 115(14), 2009, p. 3341-3350.
13. E. Fuller-Thomson, S. Brennenstuhl et J. Frank, « The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: Findings from a representative community sample », *Child Abuse and Neglect*, 34(9), 2010, p. 689-698.
14. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Guide de l'utilisateur Santé mentale (ESCC). Ottawa, Statistique Canada, 2013.
15. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Santé mentale Questionnaire. Ottawa, Statistique Canada, 2011.
16. C.A. Walsh, H.L. MacMillan, N. Trocmé *et al.*, « Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire », *Child Abuse and Neglect*, 32(11), 2008, p. 1037-1057.
17. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes -Santé mentale (ESCC). Spécifications des variables dérivées (VD). Ottawa, Statistique Canada, 2013.
18. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision.* Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2000.
19. A.E. Bonomi, E.A. Cannon, M.L. Anderson *et al.*, « Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18 », *Child Abuse and Neglect*, 32(7), 2008, p. 693-701.
20. B.A. Arnow, « Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization », *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(suppl. 12), 2004, p. 10-15.

21. M. Chartier, J. Walker et B. Naimark, « Childhood abuse, adult health, and health care utilization: Results from a representative community sample », *American Journal of Epidemiology*, 165(9), 2007, p. 1031-1038.

22. R.D. Goodwin et M.B. Stein, « Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States », *Psychological Medicine*, 34(03), 2004, p. 509-520.

23. A.J. Midei, K.A. Matthews, Y. Chang et J.T. Bromberger, « Childhood physical abuse is associated with incident metabolic syndrome in mid-life women », *Health Psychology* 2013; 32(2): 121-7.

24. N. Sachs-Ericsson, D. Blazer, E.A. Plant et B. Arnow, « Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey », *Health Psychology*, 24(1), 2005, p. 32-40.

25. N. Sachs-Ericsson, K. Cromer, A. Hernandez et K. Kendall-Tackett, « A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: The role of psychiatric disorders and current life stress », *Journal of Trauma and Dissociation*, 10(2), 2009, p. 170-188.

26. K.W. Springer, J. Sheridan, D. Kuo et M. Carnes, « Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women », *Child Abuse and Neglect*, 31(5), 2007, p. 517-530.

27. H.L. Wegman et C. Stetler, « A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood », *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 2009, p. 805-812.

28. C.S. Widom, S.J. Czaja, T. Bentley et M.S. Johnson, « A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up », *American Journal of Public Health*,102(6), 2012, p. 1135-1144.

29. D.F. Williamson, T.J. Thompson, R.F. Anda *et al.*, « Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(8), 2002, p. 1075-1082.

30. R.D. Goodwin et F.S. Wamboldt, « Childhood physical abuse and respiratory disease in the community: The role of mental health and cigarette smoking », *Nicotine and Tobacco Research*, 14(1), 2012, p. 91-97.

31. M.E. Hyland, A.M. Alkhalaf et B. Whalley, « Beating and insulting children as a risk for adult cancer, cardiac disease and asthma », *Journal of Behavioral Medicine*, 36(6), 2013, p. 632-640.

32. M. Felitti, J. Vincent, M. Anda *et al.*, « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 1998, p. 245-258.

33. T.O. Afifi, N. Mota, H. MacMillan et J. Sareen, « Harsh physical punishment in childhood and adult physical health », *Pediatrics*, 132(2), 2013, p. e333-340.

34. P.F. Coogan, L.A. Wise, G.T. O'Connor *et al.*, « Abuse during childhood and adolescence and risk of adult-onset asthma in African American women », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(4), 2013, p. 1058-1063.

35. T.J. Cunningham, E.S. Ford, J.B. Croft *et al.*, « Sex-specific relationships between adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in five states », *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 2014, p. 1033.

36. D. Exley, A. Norman et M. Hyland, « Adverse childhood experience and asthma onset: A systematic review », *European Respiratory Review*, 24(136), 2015, p. 299-305.

37. S. Jaffee et C. Christian, « The biological embedding of child abuse and neglect: Implications for policy and practice », *Society for Research in Child Development*, 28(1), 2014, p. 1-35.

38. D.B. Bugental, G.A. Martorell et V. Barraza, « The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment », *Hormones and Behavior*, 43(1), 2003, p. 237-244.

39. J.P. Shonkoff, W.T. Boyce et B.S. McEwen, « Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention », *Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2009, p. 2252-2229.

40. K. Kendall-Tackett et B. Klest, « Causal mechanisms and multidirectional pathways between trauma, dissociation, and health », *Journal of Trauma and Dissociation*, 10(2), 2009, p. 129-134.

41. A.R. Tarullo et M.R. Gunnar, « Child maltreatment and the developing HPA axis », *Hormones and Behavior*, 50(4), 2006, p. 632-639.

42. E. McCrory, S.A. De Brito et E. Viding, « Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 2010, p. 1079-1095.

43. B.R. Keeshin, P.F. Cronholm et J.R. Strawn, « Physiologic changes associated with violence and abuse exposure: An examination of related medical conditions », *Trauma, Violence, and Abuse*, 13(1), 2012, p. 41-56.

44. D.P. Chapman, A.G. Wheaton, R.F. Anda *et al.*, « Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults », *Sleep Medicine*, 12(8), 2011, p. 773-779.

45. R. Coelho, T.W. Viola, C. Walss-Bass *et al.*, « Childhood maltreatment and inflammatory markers: A systematic review », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(3), 2014, p. 180-192.

46. K.A. Matthews, Y. Chang, R.C. Thurston et J.T. Bromberger, « Child abuse is related to inflammation in mid-life women: Role of obesity », *Brain, Behavior, and Immunity*, 36, 2014, p. 29-34.

47. A. Gonzalez, « The impact of childhood maltreatment on biological systems: Implications for clinical interventions », *Paediatrics and Child Health*, 18(8), 2013, p. 415-418.

48. J. Hardt, P. Vellaisamy et I. Schoon, « Sequelae of prospective versus retrospective reports of adverse childhood experiences », *Psychological Reports*, 107(2), 2010, p. 425-440.

49. J. Hardt, A. Sidor, M. Bracko et U.T. Egle, « Reliability of retrospective assessments of childhood experiences in Germany », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 2006, p. 676-683.

50. J. Hardt et M. Rutter, « Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 2004, p. 260-273.

51. E.T. Gershoff, « Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review », *Psychological Bulletin*, 128(4), 2002, p. 539-579.

52. H. Baumeister, L. Kriston, J. Bengel et M. Härter, « High agreement of self-report and physician-diagnosed somatic conditions yields limited bias in examining mental–physical comorbidity », *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(5), 2010, p. 558-565.